ITEM 169 : ATTEINTES NEUROLOGIQUES DU VIH

<table>
<tr><td rowspan="5">Neuropathie périphérique</td><td colspan="3">- Atteinte histologique du système nerveux périphérique quasi-constante (95%) → symptomatique dans 15% des cas</td></tr>
<tr><td colspan="2">Poly-radiculonévrite aiguë</td><td>= Possible à tous stade, principalement au stade précoce
- Atteinte motrice bilatérale et symétrique, avec aréflexie diffuse
- Réaction inflammatoire à la PL : hypercytose avec hyperprotéinorachie
- TTT : corticothérapie</td></tr>
<tr><td colspan="2">Poly-neuropathie axonale</td><td>= A un stade avancé du déficit immunitaire
- Atteinte sensitive distale, longueur-dépendante
→ Eliminer une origine médicamenteuse (antirétroviraux)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mononévrite</td><td>- A un stade précoce (le plus souvent) : périphériques (nerf ulnaire, fibulaire commun, tibial) et crâniens (nerf facial), d’évolution favorable
- A un stade avancé : évolution souvent rapide et progressive</td></tr>
<tr><td colspan="2">Poly-radiculonévrite Myéloradiculite</td><td>- Polyradiculonévrite : atteinte de la queue de cheval ++
- Myéloradiculopathie : paraplégie hyporéflexique associée à des troubles sensitifs et sphinctériens
→ Parfois liée à CMV : traitement antiviral en urgence, recherche d’une atteinte rétinienne</td></tr>
<tr><td>Muscle</td><td colspan="2">Myopathie</td><td>= Possible à tous stade de l’infection : lié au VIH, à l’administration d’AZT, à des infections opportunistes, à des infiltrations tumorales, à une vascularite ou par dénutrition
- Polymyosite proximale : faiblesse musculaire, douleur, parfois difficultés à la marche avec chutes
- Diagnostic : - ↗ CPK
- Syndrome myogène à l’EMG
- Biopsie musculaire</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Système nerveux central</td><td rowspan="2">Lié au VIH</td><td>Méningite aseptique</td><td colspan="2">- Céphalées, fièvre, syndrome méningé modéré ± atteinte de nerf crânien (V, VI, VII surtout)
- PL : - Méningite lymphocytaire (< 800/mm^3)
- Discrète hyperprotéinorachie (< 1 g/L)
- Evolution favorable spontanée en quelques jours, possible récidive</td></tr>
<tr><td>Encéphalite</td><td colspan="2">= Infection des cellules microgliales et astrocytes par le VIH : le plus souvent chez le patient immunodéprimé (CD4 < 200), parfois lors de la primo-infection
- Début insidieux : - Syndrome dépressif, trouble mnésique, ralentissement idéo-moteur, trouble de la concentration et de l’attention
- Démence sous-corticale à un stade avancé
- IRM : atrophie cérébrale, hypersignaux T2 bilatéraux et symétriques, périventriculaires, prédominant dans les lobes frontaux et pariétaux
- PL : normal ou légère pléiocytose mononuclée dans 20% des cas
- TTT : antirétroviraux passant la barrière hémato-encéphalique</td></tr>
<tr><td>Infection opportuniste</td><td>Myélopathie</td><td colspan="2">- Myélite aiguë (rare)
- Myélite chronique = myélopathie vacuolaire : dégénérescence vacuolaire de la substance blanche des cordons médullaires postérieurs et latéraux, prédominant au niveau de la moelle thoracique ± associée à une encéphalopathie à VIH</td></tr>
<tr><td>Infection opportuniste</td><td>Toxoplasmose cérébrale</td><td colspan="2">= Parasitose à Toxoplasma gondii : manifestation inaugurale la plus fréquente de l’infection VIH méconnue avec la pneumocystose, généralement CD4 < 200/mm^3</td></tr>
<tr><td colspan="3"><table>
<tr><td>C</td><td>Début aigu/subaigu :
- Céphalée (70%)
- Signe focal, crise comitiale (30%)
- Fièvre (50%)</td></tr>
<tr><td>PC</td><td>- IRM : abcès multiples prenant le contraste de manière nodulaire ou en cocarde, le plus fréquemment aux lobes frontaux et aux noyaux gris centraux
- Ponction lombaire : PCR peu sensible mais très spécifique
- Sérologie : apport diagnostique uniquement si négatif (VPN 95%)</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Pyriméthamine (Malocide®) en association avec sulfadiazine (Adiazine®) ou clindamycine (Dalacine®) associé à de l’acide folinique
- Durée : 3 à 6 semaines
- Prophylaxie secondaire : Bactrim® jusqu’à CD4 > 200 pendant > 6 mois
→ En cas de résistance au traitement : évoquer un lymphome cérébral</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

Système nerveux central	*Infection opportuniste*	**Cryptococcose**	= **Infection à *Cryptococcus neoformans*** : **méningite chronique de la base du crâne** avec parfois méningo-encéphalite, généralement CD4 < 50/mm^3 - Complication : **hypertension intracrânienne** (PL itératives), **récidive** (60%)	
			C	- Début insidieux : **fièvre, céphalées** (isolées dans 70% des cas), **syndrome méningé** (40%), **vertige, irritabilité, ralentissement de l'idéation, crise comitiale, paralysie d'un nerf crânien**
			PC	- PL : . **Méningite lymphocytaire** avec hyperprotéinorachie modérée, **hypoglycorrachie** inconstante . **Cryptocoque à l'examen direct** (coloré à **l'encre de Chine**) ou en **culture** - **Ag cryptococcique** dans le sang ou le LCR
			TTT	- Traitement d'attaque : **amphotéricine B + fluorocytosine** pendant 2 semaines - Traitement d'entretien : **fluconazole** seul
		Encéphalite à CMV	C	- Début brutal/subaigu : **fièvre, trouble de conscience, trouble du comportement**, parfois **signes de focalisation** → Possible **atteinte multiviscérale** : **paralysie de nerf crânien**, **syndrome de la queue de cheval, méningo-radiculo-myélite, atteinte rétinienne, pulmonaire, digestive**
			PC	- IRM : prise de contraste méningée périventriculaire (**ventriculite**) ± **hydrocéphalie** - PL : **CMV** en **PCR** ou **culture**
			TTT	**- Ganciclovir** ou **foscarnet** jusqu'à restauration immunitaire
		Leuco-encéphalite multifocale progressive	= Infection à **virus JC (papovavirus)**, infiltrant les **oligodendrocytes** : généralement (mais non exclusivement) pour CD4 < 100/mm^3 → De mauvais pronostic	
			C	- Encéphalite progressive sans fièvre : **signe de focalisation, crise convulsive, ataxie, troubles visuels**, parfois **troubles cognitifs** ou **troubles psychiatriques**
			PC	- IRM : hypersignal T2/FLAIR et hyposignal T1 de la substance blanche, sans effet de masse, ne prenant pas ou peu le contraste - PL : bio-cytologie normale dans 50% des cas, **PCR positive à JC virus**
			TTT	- TTT : **restauration immunitaire** sous antirétroviral
		Méningite	- **Tuberculeuse** : syndrome méningé d'apparition progressive, atteinte fréquente des nerfs crâniens, ou parfois manifestations psychiatriques, hyponatrémie - Autres méningites : **listériose, syphilitique**	
	Néoplasie	**Lymphome primitif du système nerveux central**	- Début insidieux : **céphalées, troubles mnésiques, confusion**, puis **signes de focalisation** dans un second temps - IRM : lésions multiples, bilatérales, expansives, non spécifiques, à bords mali limités, prenant le contraste, avec un faible effet de masse, siégeant préférentiellement dans le corps calleux, les noyaux gris centraux, le thalamus, les régions périventriculaires et le cervelet - Diagnostic confirmé par **biopsie stéréotaxique** (risque de faux négatif si corticoïdes) - TTT : **chimiothérapie**, **restauration immunitaire** sous antirétroviral	
Iatrogène	- INTI = - Didanosine, stavudine : **polyneuropathie** - Zidovudine : **myopathie mitochondriale** réversible → Ne doivent plus être utilisés - Inhibiteur de protéase = ritonavir, amprénavir : **céphalées, vertiges, paresthésies** - INNTI = éfavirenz : **syndrome confusionnel, crises convulsives**			
Orientation	→ **Céphalée/syndrome méningée** : cryptococcose, tuberculose ou méningite aseptique à VIH (diagnostic d'élimination) → **Syndrome neurologique focal** : toxoplasmose cérébrale, lymphome primitif du système nerveux central ou LEMP, ou parfois abcès tuberculeux, encéphalite à CMV ou à HSV → **Encéphalite** : encéphalite à VIH, encéphalite à CMV ou LEMP → **Trouble de la marche** : neuropathie, polymyosite ou myélopathie vacuolaire → **Troubles cognitifs progressifs** : encéphalopathie à VIH			